

Insucessos da saúde pública no século xx

Public health failures in the 20th century

Gisela Leiras

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA), Portugal
Unidade de Saúde Pública, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Mealhada, Portugal

Mariana Perez Duque

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA), Portugal
Unidade de Saúde Pública, Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental, Porto, Portugal

Martin Ribeiro

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA), Portugal
Unidade de Saúde Pública, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

Renato Lourenço da Silva

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA), Portugal
Unidade de Saúde Pública, Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, Cascais, Portugal

Paulo Ferrinho

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa (IHMT NOVA), Portugal

Resumo

Introdução: O século XX é caracterizado por avanços consideráveis na área da saúde pública. Não obstante os importantes feitos, esta revisão pretende retratar os insucessos deste período.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, orientada por temas e consulta de fontes de informação fornecidas por peritos em saúde pública. Na inclusão, seleção e análise da evidência coletada foi utilizada a técnica de grupo nominal pelos autores.

Resultados e discussão: Distinguem-se cinco esferas consideradas fundamentais para uma prática adequada em saúde pública: evidência, avaliação, apreciação do risco, políticas de saúde e planeamento. Os insucessos da saúde pública no século XX identificados traduzem-se pela carência de decisão informada em evidência e avaliações de impacto; da apreciação do risco, com o duplo peso de doenças transmissíveis e não-transmissíveis; de políticas de saúde, orientadas para os determinantes de saúde; e do planeamento sustentável. Transversalmente, a ausência de comunicação efetiva dificultou a identificação precoce dos insucessos no século XX. Destaca-se a desarticulação entre planeamento, políticas de saúde e os diversos setores sociais, sobretudo o político-económico. O processo de tomada de decisão e as respostas aos problemas de saúde pública caracterizaram-se pela reatividade e ações *ad hoc*, agravado pela escassa evidência já existente.

Conclusões: A falta de financiamento para planos e programas focados na promoção da saúde, e de investimento no desenvolvimento de competências de salutogénese e no combate às iniquidades no acesso à saúde adiaram e impediram o alcance das metas delineadas para o século XX e serão alguns dos maiores desafios da saúde pública para o futuro.

Palavras-chave:

Prática em saúde pública, planeamento em saúde.

Abstract

Introduction: the 20th century is characterized for its considerable developments in the public health sector. Notwithstanding those important accomplishments, this review aims to depict the unsuccessful endeavours of that period.

Materials and method: a narrative review of the literature was carried, organised by topics and by the consultation of informative sources provided by experts in public health. Nominal group technique was applied by the authors in the inclusion, selection and analysis of collected evidence.

Results and discussion: five domains can be identified in order to achieve an adequate practice of public health: evidence, evaluation, risk assessment, health policies and planning.

The failures in public health identified across the 20th century can be explained by the lack of informed decisions made on evidence and impact assessment; on risk assessment, with double burden on communicable and non-communicable diseases; on health policies, oriented toward health determinants; and on sustainable planning.

Transversely, the absence of effective communication hampered the early identification of failures in the 20th century. The miscommunication between planning, health policies and several social sectors can be highlighted, particularly in the political-economic sector. The process of decision making and the answers to public health issues were by reaction and *ad hoc* actions, aggravated by the scarce evidence available at the time.

Conclusion: the lack of financing for plans and programs focused in health promotion, and of investment in the development of salutogenesis competences and the fight against iniquities in access to health delayed and prevented the objectives outlined for the 20th century. Those will be some of the biggest challenges for public health in the future.

Key words:

Public health practice, health planning.

Introdução

O século XX é caracterizado por avanços consideráveis na área da saúde pública. O controlo das doenças transmissíveis pela melhoria das condições de higiene e saneamento, pela vacinação em massa e o uso alargado de antimicrobianos, a par do aumento da segurança rodoviária, reconhecimento dos malefícios do tabaco e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares permitiram, a par das grandes transições da história, o progresso da medicina e saúde pública, o que se traduziu no aumento da esperança média de vida à nascença e ao longo do ciclo de vida [1]. Contudo, apesar da informação, tecnologia e evidência científica disponíveis, nem sempre estes alicerces sustentaram as ações em saúde. Não obstante os importantes feitos, esta revisão pretende retratar os insucessos deste período.

Material e métodos

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, orientada por temas e consulta de fontes de informação fornecidas por peritos da saúde pública. Na inclusão, seleção e análise da evidência coletada foi utilizada a

técnica de grupo nominal pelos autores. A partir desta análise foi construído um quadro conceptual de áreas da saúde pública relevantes na discussão dos insucessos do século XX.

Resultados e discussão

Neste enquadramento, distinguiram-se cinco esferas consideradas fundamentais para uma prática adequada em saúde pública: evidência, avaliação, apreciação do risco, políticas de saúde e planeamento (Figura 1).

1. Evidência

A medicina baseada na evidência recorre a conhecimento atual para informar decisões sobre a atuação num problema de saúde do indivíduo [2]. Apesar de ser uma premissa fundamental na prática médica, houve resistência na sustentação das ações em medicina com bases científicas e sólidas comprovadas, traduzido pelo movimento da medicina baseada na evidência [3]. Cochrane foi talvez um dos pioneiros a apontar a falta de evidência sobre a efetividade de muitos tratamentos médicos, criando em 1993 a *Cochrane Collaboration*,

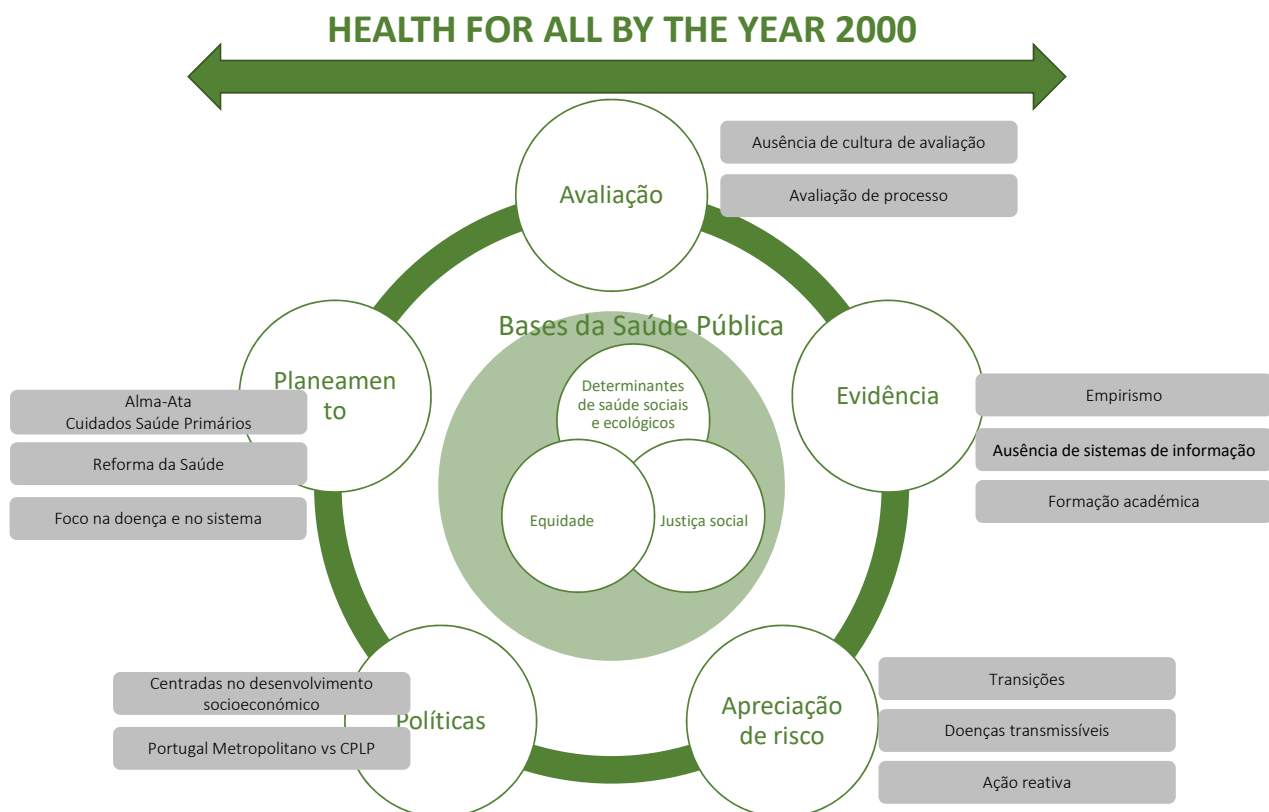


Figura 1: Modelo conceptual dos Insucessos da Saúde Pública no século XX.

Adaptado de: Public Health: A conceptual framework, Canadian Public Health Association, second edition, march 2017.

uma organização direcionada para a tomada de decisões informadas relativamente a cuidados de saúde, promovendo a acessibilidade a revisões sistemáticas sobre os efeitos de intervenções em saúde [4].

O conceito de prática baseada na evidência está bem estabelecido em inúmeras disciplinas como a psicologia, enfermagem, e sobretudo na medicina. Contudo, existem importantes diferenças entre a medicina baseada na evidência e a saúde pública baseada na evidência. A informação em saúde pública é escassa, dispersa e distinta [5]. A sua escassez deve-se à falta de estudos de efetividade de intervenções baseadas na evidência, dada a sua complexidade e a falta de cultura de avaliação das intervenções e aplicabilidade a diferentes grupos sociais (pouca evidência do tipo 3). A informação para a tomada de decisão em saúde pública encontra-se mais dispersa do que para intervenções clínicas [5]. Evidência sobre o efeito de fatores e eventos ambientais no *continuum* saúde/doença pode ser encontrada em relatórios de agências especializadas (Agência Portuguesa do Ambiente, por exemplo), em artigos científicos de base clínica ou na evidência produzida por instituições académicas. A base científica das intervenções em saúde pública provém sobretudo de estudos observacionais, que embora essenciais na obtenção de evidência sólida, não são suficientes para assunção de muitos pressupostos de causalidade, tornando-a distinta [5].

A evidência tipo 1 identifica o problema ou prioridade, define a causa da doença, a magnitude dos fatores de risco e se estes são preveníveis, sugerindo que “algo deveria ser feito”. A evidência tipo 2 identifica os resultados, a efetividade das intervenções, descrevendo

o impacto, acrescentando “isto deveria ser feito”. Por fim, a evidência tipo 3 identifica informação sobre adaptação e implementação de uma intervenção efetiva, demonstrando como e sob que condições é que as intervenções foram implementadas, expondo “como deveria ou poderia ser feito”. O último tipo de evidência contextual deve ser distintamente valorizado na prática de saúde pública pelas características já supracitadas; contudo carecem na literatura, em detrimento dos estudos que reúnem evidência do tipo 1 [5]. A evidência científica do século XX destaca a qualidade da validade interna dos estudos (experimental aleatorizado), dando pouca atenção à validade externa, que possibilita a sua generalização [5]. Das características-chave no processo de tomada de decisão em saúde pública, destaca-se o suporte na melhor evidência existente pelo uso sistemático de dados e sistemas de informação, a aplicação de quadros conceptuais no planeamento em saúde, o envolvimento da comunidade no desenho e implementação de intervenções em saúde, a avaliação de rotina e a disseminação da informação reunida com parceiros e decisores políticos. As capacidades de comunicação, e as relações política e social são essenciais na abordagem a múltiplos níveis, e na promoção da integração de dimensões que vão desde a individual, às interpessoais, comunitárias, organizacionais e governamentais [6].

Com o intuito de potenciar a saúde pública baseada na evidência destaca-se o uso da informação e conhecimento produzidos pelos sistemas de vigilância, revisões sistemáticas, avaliações económicas, estudos de impacto e participação da comunidade, que foram subutilizados no século XX, tornando-os desafios para o século XXI.

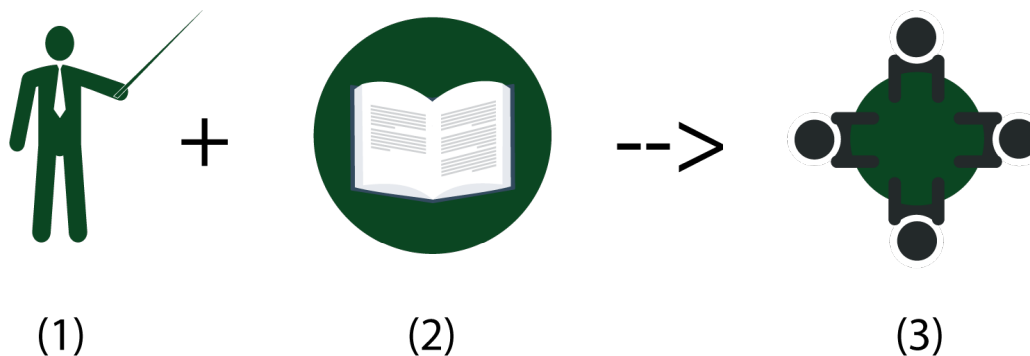


Figura 2: Domínios que influenciam a tomada de decisão informada na evidência

Foi efetuada uma pesquisa não sistemática da literatura existente (2), orientada por temas, bem como de fontes de informação fornecidas por peritos (1) da Saúde Pública. Na inclusão, seleção e análise da evidência existente utilizou-se a técnica Delphi pelo painel de autores (3).

Fonte: Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice.

2. Avaliação

A avaliação é um meio de recolher e analisar informação sobre a efetividade das ações em saúde, sendo um procedimento relevante e necessário na reflexão e tomada de decisão e, conseqüentemente, na alocação de recursos [7]. A efetividade das políticas públicas foi baixa em Portugal, talvez devido ao caráter excessivamente formal e normativo dessas políticas, mas também pela falta de recurso a instrumentos necessários para avaliar a sua implementação [8]. As decisões eram insuficientemente informadas, pouco robustecidas documentalmente nas propostas de melhoria e na definição dos resultados esperados, e pouco ajuizadas por estudos de avaliação de impacto.

Como uma das conseqüências da transição demográfica, os gastos em saúde tornaram-se cada vez maiores, assim como a possibilidade de intervenções a nível da prevenção de doença e promoção de saúde. Ainda nos países de maior rendimento económico, a limitação dos recursos obriga a identificação das escolhas e priorização das intervenções. Tomemos por exemplo o caso dos Estados Unidos da América (EUA), onde, apesar de ser o país com maiores gastos em saúde *per capita*, entre 1970 e 2000 os resultados em saúde não acompanharam o investimento, como se pode constatar pela análise da esperança média de vida [9]. Este exemplo reforça a importância da avaliação da eficácia, custo-efetividade, aplicabilidade e considerações políticas dessas intervenções.

Outros exemplos de intervenções pouco efetivas, mas que foram continuamente implementadas, podem ser encontradas na literatura. Nos EUA, na tentativa de diminuição da gravidez e incidência de doenças sexualmente transmissíveis na adolescência, implementaram-se programas de educação sexual que promoviam a abstinência sexual. A medida teve por base as crenças e cultura presentes. Contudo, estudos realizados *a posteriori* mostraram resultados controversos: quanto mais promovida a abstinência sexual, maior a percentagem de adolescentes grávidas [10]. Outro exemplo foi a intervenção na obesidade. Inicialmente adotada a estratégia de base individual e comportamental, na promoção de uma dieta saudável e prática de atividade física, mas negligenciando o ambiente de características obesogénicas como um todo, foi ignorado o potencial interventivo na criação de ambientes salutogénicos, nos quais a dieta saudável disponível e acessível, bem como as oportunidades para a prática de exercício sejam opções fáceis e ao alcance de todos [11]. A maior incidência deste problema de saúde nas classes socioeconómicas mais baixas, torna evidente

que a obesidade tem determinantes sociais, demonstrando a necessidade da integração de políticas na remodelação das cidades.

A existência de uma cultura de avaliação permite analisar os resultados da implementação de programas e projetos pela seleção das melhores estratégias e o cumprimento dos objetivos estabelecidos. Tal como na produção e utilização da evidência, é necessário que o processo avaliativo seja contextualizado, participativo e coproduzido [7]. O ganho e sucesso de uma avaliação irá depender da capacidade de produzir informação coerente para todos os envolvidos numa intervenção [12].

3. Apreciação do risco

A apreciação do risco é um método de estimativa e avaliação (quantitativa e/ou qualitativa) do risco resultante de uma exposição a um agente com efeitos deletérios, quer individuais quer populacionais [13]. A comunicação do risco é também considerada uma ferramenta de advocacia e de disseminação da informação à população – tornando-se assim numa peça fulcral na mitigação dos perigos associados a um agente, independentemente da natureza do mesmo.

Ao longo do século XX procurou-se um modelo teórico que explicasse os fenómenos epidemiológicos que acometiam a população mundial. Os modelos da transição demográfica e da transição epidemiológica contextualizaram a evolução dos fenómenos relacionados com a saúde, embora se possa assumir que não integrem a esfera global de apreciação do risco.

Considerando o modelo teórico da transição demográfica [14], preconizado por autores como Warren Thompson (1929) e posteriormente Frank W. Notenstein (1945), a dinâmica populacional através da diminuição da taxa de mortalidade infantil sofre alterações profundas, conseqüentemente acompanhada de uma diminuição na taxa de natalidade. Os acontecimentos supracitados estão relacionados com a melhoria do saneamento básico, com os avanços da industrialização, assim como com o aumento da literacia em saúde, com a melhoria do contexto socioeconómico da mulher e com a melhoria dos cuidados de saúde (posteriormente descrita em 1989 por Caldwell na teoria da transição em saúde [15, 16]). Abdel R. Omran, através do modelo teórico da transição epidemiológica, definiu três eras: fome e peste, retrocesso das epidemias, e doenças degenerativas provocadas pelo homem [17], numa tentativa de estabelecer relações entre os padrões de doença e o seu contexto temporal.

Todos estes aspetos resultaram em ganhos em saúde graduais e progressivos, traduzidos num indicador de saúde amplamente usado: a esperança média de vida. Paradoxalmente, esses mesmos ganhos, poderão ter influenciado o aumento da morbidade associada a processos patológicos crónicos. Foi durante o século XX que a esperança média de vida superou os 70 anos de idade nos países com maior rendimento económico [18] observando-se uma alteração nos padrões de doença. A partir deste período as doenças não-transmissíveis (doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus*, obesidade, neoplasias e abuso de substâncias) começaram a ter um maior impacto na saúde das pessoas quando comparadas com as doenças transmissíveis (gripe, tuberculose, VIH/SIDA - vírus da imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida, diarreias, malária) [19]. Outros fatores influenciadores desta mudança poderão ter surgido das alterações no estilo de vida, nos comportamentos e na dieta - teoria da transição nutricional [20] - como o aumento da produção de alimentos processados e o sedentarismo crescente.

As doenças infecciosas subsistem como principais causas de morte nos países com menor rendimento económico. Com a globalização, as doenças transmissíveis persistem agora com as doenças crónicas não-transmissíveis, criando a “dupla carga da doença” [19]. Admite-se que estes modelos teóricos poderão interpretar uma apreciação parcial do risco ligada aos diferentes contextos socioeconómicos. Deste modo, perspetiva-se uma eventual necessidade da apreciação global do risco - nomeadamente do risco associado à mudança nos padrões de doença, que poderá não ter sido estimado na sua totalidade.

O aparecimento dos antibióticos foi também um fator influenciador na diminuição da mortalidade materno-infantil e no aumento da esperança média de vida [21]. Contudo, os microrganismos resistentes aos antibióticos representam 170 *DALY* (*disability-adjusted life year*) por 100 000 pessoas, à semelhança da carga combinada das três maiores doenças infecciosas (gripe, tuberculose e VIH) [22]. A má prática na prescrição antibiótica, o fenómeno da pressão seletiva, o desenvolvimento apenas parcialmente regulado da agropecuária [23] e as mantidas disparidades nas diferentes regiões terão contribuído para este cenário [24]. Em 2016, 71 anos após a identificação da primeira bactéria resistente à penicilina [25], o assunto chega à Assembleia Geral das Nações Unidas com o fim de garantir um compromisso mundial na luta contra os microrganismos resistentes aos antibióticos.

4. Políticas de saúde

A par dos significantes avanços na medicina, nas décadas de 60 e 70 do século XX muitos países de baixo rendimento tornaram-se independentes e foram descolonizados. Estes movimentos suscitaram grande expectativa na evolução e melhoria no acesso a cuidados de saúde, apesar da sua disponibilidade ter sido concentrada nas áreas urbanas, mantendo-se iniquidades de acesso que já persistiam nas áreas rurais. A implementação de programas de reidratação oral e de vacinação apesar de bem-sucedida, não se refletiu em igual resultado na morbimortalidade das comunidades, motivado, em parte, pelas crenças e cultura locais (práticas e curas tradicionais). Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde abordou a necessidade de se concretizar uma mudança na forma como os serviços de saúde eram prestados nos países de baixo rendimento económico, com ênfase na equidade e acesso. Este movimento culminou com a afirmação do acesso a serviços básicos de saúde como direito humano fundamental na assinatura da Declaração de Alma-Ata em 1978, também vertido no estabelecimento dos objetivos de *Saúde Para Todos no Ano 2000*, colocando o foco na importância dos determinantes sociais da saúde. O modelo adotado baseou-se na prestação de cuidados de saúde primários universais, preventivos e curativos, com grande envolvimento da comunidade. No entanto, pela resistência de políticos e especialistas em aceitar que as comunidades fossem envolvidas no processo de planeamento dos próprios serviços de saúde, os seus objetivos foram comprometidos, e assistiu-se à implementação de um modelo mais seletivo que focava programas específicos, como a redução da mortalidade materno-infantil, continuando a direcionar a maioria dos recursos de saúde para os grandes hospitais urbanos [26]. Um fator decisivo neste processo foi a mudança do clima político e económico mundial, nomeadamente as crises económicas globais do final da década de 70 e da década de 80, que obrigaram muitos países a implementarem programas de ajuste estrutural conduzidos pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional. Esses programas tiveram um grande impacto na saúde das populações pela redução do orçamento alocado à saúde. A publicação do relatório *Investing in Health* pelo Banco Mundial em 1993, agitou a posição da Organização Mundial da Saúde como líder da saúde pública mundial e tornou esta instituição um importante influenciador de políticas de saúde. Neste relatório não era defendido o modelo da Declaração de Alma-Ata, mas proposto um modelo de implementação de programas verticais, com orientação para quais os melhores investimentos

em saúde, e retirando a importância do envolvimento das comunidades, em oposição aos pressupostos dos cuidados de saúde primários. A ideologia económica tornou-se o mais importante determinante das políticas de saúde [27].

Nas últimas décadas do século XX, assiste-se à incapacidade de controlar o aumento dos gastos em cuidados de saúde, principalmente devido ao aumento do número de recursos humanos e ao investimento em novas tecnologias e equipamento. A despesa em saúde passou de em média 2 a 3% do produto interno bruto dos países, para 14% em alguns casos. Apesar do aumento da longevidade e qualidade de vida das populações, pouca discussão no âmbito da saúde pública foi realizada para se compreender se as medidas e investimentos implementados resultavam num maior impacto em saúde [28].

Outro insucesso relaciona-se com a falta de cooperação entre a saúde pública e a política. Apesar de alguns resultados em saúde pública terem sido alcançadas graças à coligação das duas esferas, a dissonância de interesses e linguagem diferentes impediram a continuidade desta sinergia, nomeadamente em relação ao retorno económico de investimentos. Foram desaproveitadas inúmeras oportunidades de construção de medidas específicas de saúde pública pelo instrumento de políticas públicas [29]. Aliado a este facto, o rudimentar planeamento e reduzido financiamento da força de trabalho em saúde pública foi também uma barreira que criou fraquezas na abordagem à melhoria da saúde e na intervenção no peso global de doença (doenças transmissíveis e não-transmissíveis). O papel das grandes indústrias mundiais, como a do tabaco, do álcool e do *fastfood* foi implacável e de interesses opostos aos identificados como prioridades de saúde pública. O grande financiamento, as fortes campanhas de marketing e de influência política foram ferramentas de grande poder com as quais se tornou difícil disputar. A existência simultânea de diferentes níveis – local, regional, nacional e internacional – na prática da implementação de políticas de saúde pública também foi considerado, por diversas vezes, um entrave na efetivação das mesmas [30].

Neste cenário e apesar de algumas políticas públicas de saúde terem saído da esfera estratégica para um plano operacional, no final do século a equidade no acesso a serviços básicos de saúde continuava como um objetivo por cumprir transversalmente nos países, sendo evidente que os objetivos da *Saúde para Todos* não seriam alcançados [26, 27].

5. Planeamento em saúde

No final da década de 70, surge pela primeira vez publicamente, na 3ª Assembleia Mundial da Saúde, o conceito de planeamento aplicado à saúde. Esta é uma área que tem seguido percursos diversos em diferentes países, em alguns casos influenciados pela publicação de importantes documentos [31]. Um ano mais tarde, naquela que veio a ser conhecida como uma das declarações primordiais na génese do modelo de cuidados de saúde primários, a Declaração de Alma-Ata, propunha um modelo universal de prestação de serviços, de base comunitária e envolvimento participativo [32]. Contudo, a falta de reconhecimento pelo poder político e o interesse económico em colocar a saúde sob as leis do mercado impediu a concretização desse modelo, sobretudo nos países com menor rendimento económico, onde os recursos eram pobremente alocados a este setor. Neste alinhamento, o Banco Mundial propõe a reforma da saúde, fomentando a estratégia da saúde como capital humano para o desenvolvimento económico. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde no seu relatório anual admite a falta de adequabilidade do financiamento, formação e recursos dos profissionais de saúde nestes países, na lógica da aplicação simples do modelo de cuidados de saúde primários. Este insucesso leva à proposta de separação da ideologia económica em prol de um método alternativo, que permita o acesso e prestação de cuidados de saúde básicos a todos. Nas últimas décadas do século XX, as estratégias transmutaram desde alinhamentos verticais a serviços descentralizados até, por fim, ao reforço dos serviços considerados essenciais face ao contexto epidemiológico de cada país [33, 34].

Na segunda metade do século XX, a estratégia nacional de desenvolvimento necessitou de grandes investimentos públicos, incluindo o Ministério da Saúde e da Assistência que, embora não específico, incluía nos planos de fomento um pequeno passo para o surgimento do planeamento em saúde em Portugal. Hoje como competência nuclear da saúde pública, surgiu como unidade orgânica ministerial apenas no final da década de 60, mais uma vez como alicerce do crescimento económico [31, 35]. A lógica de planeamento foi inicialmente de base institucional, focado nos serviços (hospitalares) e centralizado na doença. Embora os planos atrás referidos constituam experiências que assumiram algumas características de um processo descentralizado, com discussão local dos problemas, o processo, porém, não garantiu o compromisso intersetorial dos vários atores para a execução do plano, não permitindo a criação

das condições para alcançar a resolução ou redução dos problemas de saúde específicos da população portuguesa, geograficamente heterogénea. O planeamento em Portugal, por um lado com técnica documental sólida e adequada metodologia, afirma-se como área essencial na resposta às necessidades, problemas e determinantes de saúde, mas, por outro, a execução operacional tem-se mostrado frágil e divergente em cada ciclo político. Há uma falta de visão na esfera supra-governativa, onde carece a visão a médio/longo-prazo, a continuidade e execução efetiva [36].

Como Imperatori & Giraldes (1982) referem, o planeamento não é de um só setor, envolve todos os atores e serviços [31], seguindo a lógica da saúde em todas as políticas, método que poderá ser uma alternativa no novo século para o objetivo da cobertura universal de saúde.

Conclusão

Os insucessos da saúde pública no século XX identificados traduzem-se pela carência de decisão informada na evidência pela precisão e avaliação de impacto; da

apreciação do risco, com o duplo peso de doenças transmissíveis e não-transmissíveis; de políticas de saúde, orientadas para os determinantes de saúde; e do planeamento sustentável. Transversalmente, a ausência de comunicação efetiva dificultou a identificação precoce dos insucessos no século XX. Destaca-se a desarticulação entre planeamento, políticas de saúde e os diversos setores sociais, sobretudo o político-económico. O processo de tomada de decisão e as respostas aos problemas de saúde pública caracterizaram-se pela reatividade e ações *ad hoc*, agravado pela escassa evidência já existente. Consequentemente, a falta de financiamento para planos e programas focados na promoção da saúde, o desenvolvimento de competências de salutogénese e o combate às iniquidades no acesso à saúde adiaram e impediram o atingimento das metas delineadas para o século XX.

Agradecimentos

Professora Doutora Luzia Gonçalves e Dr. Jorge Arrozo, pelo convite para contribuir para esta revista. Professora Doutora Zulmira Hartz, pelo apoio e disponibilidade.

Bibliografia

- 1 - Goldstein RL, Goldstein K, Dwelle TR. Introduction to public health: promises and practices, second Edition. Springer; 2015.
- 2 - Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
- 3 - Grahame-Smith D. Evidence based medicine: Socratic dissent. *BMJ*. 1995 Apr 29;310(6987):1126-7.
- 4 - Wormald R, Oldfield K. Evidence based medicine, the Cochrane Collaboration, and the CONSORT statement. *Br J Ophthalmol*. 1998 Jun;82(6):597-8.
- 5 - Brownson RC, Baker EA, Deshpande AD, Gillespie KN. Evidence-based public health. New York, NY: Oxford University Press; 2018.
- 6 - Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, Mullen EJ, Newhouse RP, Walker BB, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q*. 2009 Jun;87(2):368-90.
- 7 - Hartz Z, Ferrinho P. Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. In: *A Nova Saúde Pública - A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Lisboa: Gradiva; 2011. p. 58-79.
- 8 - Ferrinho P, Simões J, Miguel JP, Beja A, Cortes M, Hartz Z. Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. *An Inst Hig Med Trop* 2018; 12(2013):S76-87
- 9 - Roser M. Link between health spending and life expectancy: US is an outlier. *OurWorldInData*. 2017. Disponível em: <https://ourworldindata.org/the-link-between-life-expectancy-and-health-spending-us-focus>
- 10 - Stanger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-only education and teen pregnancy rates: why we need comprehensive sex education in the U.S. *PLoS ONE*. 2011;6(10):e24658.
- 11 - Truong KD, Sturm R. Weight gain trends across sociodemographic groups in the United States. *Am J Public Health*. 2005 Sep;95(9):1602-6.
- 12 - Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Sep;11(3):705-711.

- 13 - Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. Oxford textbook of global public health, sixth edition. Oxford: Oxford University Press; 2017.
- 14 - Kirk D. Demographic transition theory. *Popul Stud (Camb)*. 1996 Nov;50(3):361-87.
- 15 - Caldwell JC. Population health in transition. *Bull World Health Organ*. 2001;79(2):159-60.
- 16 - Porta MS, Greenland S, Last JM. A dictionary of epidemiology, fifth edition. New York: Oxford University Press; 2008.
- 17 - Mercer AJ. Updating the epidemiological transition model. *Epidemiol Infect*. 2018 04;146(6):680-7.
- 18 - Santosa A, Wall S, Fottrell E, Högberg U, Byass P. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Glob Health Action*. 2014;7:23574.
- 19 - World Health Organization. The Double Burden: Emerging Epidemics and Persistent Problems. In: *World Health Organization. The world health report: 1999: making a difference*. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 13-27.
- 20 - Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012 Jan;70(1):3-21.
- 21 - Aminov RI. A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Front Microbiol*. 2010;1:134.
- 22 - Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019 Jan;19(1):56-66.
- 23 - Chang Q, Wang W, Regev-Yochay G, Lipsitch M, Hanage WP. Antibiotics in agriculture and the risk to human health: how worried should we be. *Evol Appl*. 2015 Mar;8(3):240-7.
- 24 - Organization for Economic Co-operation and Development. *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2018.
- 25 - Bergstrom CT, Feldgarden M. The ecology and evolution of antibiotic-resistant bacteria. In: Stearns SC, Koella JC. *Evolution in health and disease*. Oxford: Oxford University Press; 2008.

- 26 - Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust.* 2003 Jan 6;178(1):17-20.
- 27 - Baum F. Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the Twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine.* 2007 Mar;2(1):34-41.
- 28 - Fielding JE. Public health in the twentieth century: advances and challenges. *Annu Rev Public Health.* 1999;20:xiii-xxx.
- 29 - Hunter EL. Politics and Public Health-Engaging the Third Rail. *J Public Health Manag Pract.* 2016 Sep-Oct;22(5):436-41.
- 30 - Weeramanthri TS, Bailie RS. Grand challenges in public health policy. *Front Public Health.* 2015;3:29.
- 31 - Imperatori E, Giraldes MR. Metodologia do Planeamento da Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1982.
- 32 - UNICEF, World Health Organization, International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978.
- 33 - Dovlo D, Karamagi HC, Ousman K, Ekekemonono M. Desenvolvimentos recentes e o futuro do planeamento em saúde nos países africanos. *An Inst Hig Med Trop* 2017; 16 (Supl. 1): S43-5.
- 34 - Graça L. História e memória da saúde pública. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2015 Dez; 33(2):125-127.
- 35 - Simões J, Ferrinho P. Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *An Inst Hig Med Trop* 2017; 16 (Supl. 1):S17-23.
- 36 - Lima TM. The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Res Net Health.* 2005;1:e-1-11.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.